



Pflegekasse

Name

Versichertennummer

- Wenn Sie diesen Antrag blanko ausdrucken wollen, dann füllen Sie diesen bitte in Druckbuchstaben und in den dafür vorgesehenen Feldern aus! -

Wer übernimmt die Pflege?

private Vertretungskraft Pflegedienst stationäre Pflegeeinrichtung

Vorname und Name der privaten Vertretung/Name des Pflegedienstes/Name der stationären Pflegeeinrichtung

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer der Vertretungskraft (freiwillige Angabe mit Einverständnis der Vertretungskraft)

Mit der Vertretungskraft bin ich bis zum zweiten Grad verwandt bzw. verschwägert?

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft (z. B. Enkelin, Schwiegersohn)

nein ja →

Die Vertretungskraft lebt mit mir in einem Haushalt nein ja

Nutzung meines Anspruchs auf Kurzzeitpflege (Angabe nur erforderlich für Leistungszeiträume bis 30.06.2025)

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege nicht aus, möchte ich meinen Anspruch auf Kurzzeitpflege verwenden. Dies ist nur möglich, wenn der Anspruch noch nicht verbraucht wurde.

nein ja

Beratung

Ich wünsche eine Beratung durch die BARMER:

Ich bin tagsüber erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Angaben sind freiwillig)

Unterschrift

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)
